

# DESC Maladies infectieuses et tropicales

## Objectif 25

### CAS CLINIQUE 2



Collège des Universitaires  
de Maladies  
Infectieuses et Tropicales

Paris, Journée du 28 janvier 2016

## Histoire de la maladie

Une femme de 60 ans, originaire de **Serbie** et résidant à Montreuil (93) est admise en urgence le 20 mars 2012 au SAU d'un CHU Parisien, de nuit, pour une douleur lombaire droite fébrile. Le diagnostic de pyélonéphrite aigue droite est confirmé avec mise en évidence d'une infection par des BGN, un SBI (CRP à 144 mg/l) et une image triangulaire hypoéchogène au TDM. La patiente est placée **au lit porte** et un traitement par ceftriaxone est initié.

Le lendemain soir la fille de la patiente vous apprend qu'elle a été **évacuée** par avion de Belgrade et **hospitalisée** 15 jours plus tôt dans un CHG du 93. Elle précise qu'en novembre 2011 la patiente a séjourné un mois dans un hôpital de Belgrade pour une infection urinaire traitée par antibiotiques et mise en place d'une **sonde urinaire** pendant 25 jours. L'analyse des ordonnances identifie deux traitements **antibiotiques** successifs : cefuroxime / streptomycine puis ceftraxone et streptomycine.

## Histoire de la maladie

Quelques heures plus tard, le laboratoire de biologie vous appelle pour vous avertir que l'infection est liée à un *P. aeruginosa* sécrétant d'une métalloβéctalactamase (NDM1). Le prélèvement rectal réalisé retrouve la même bactérie, les hémocultures sont stériles.

## Question 1 :

### Quels enseignements tirez-vous de cette observation ?

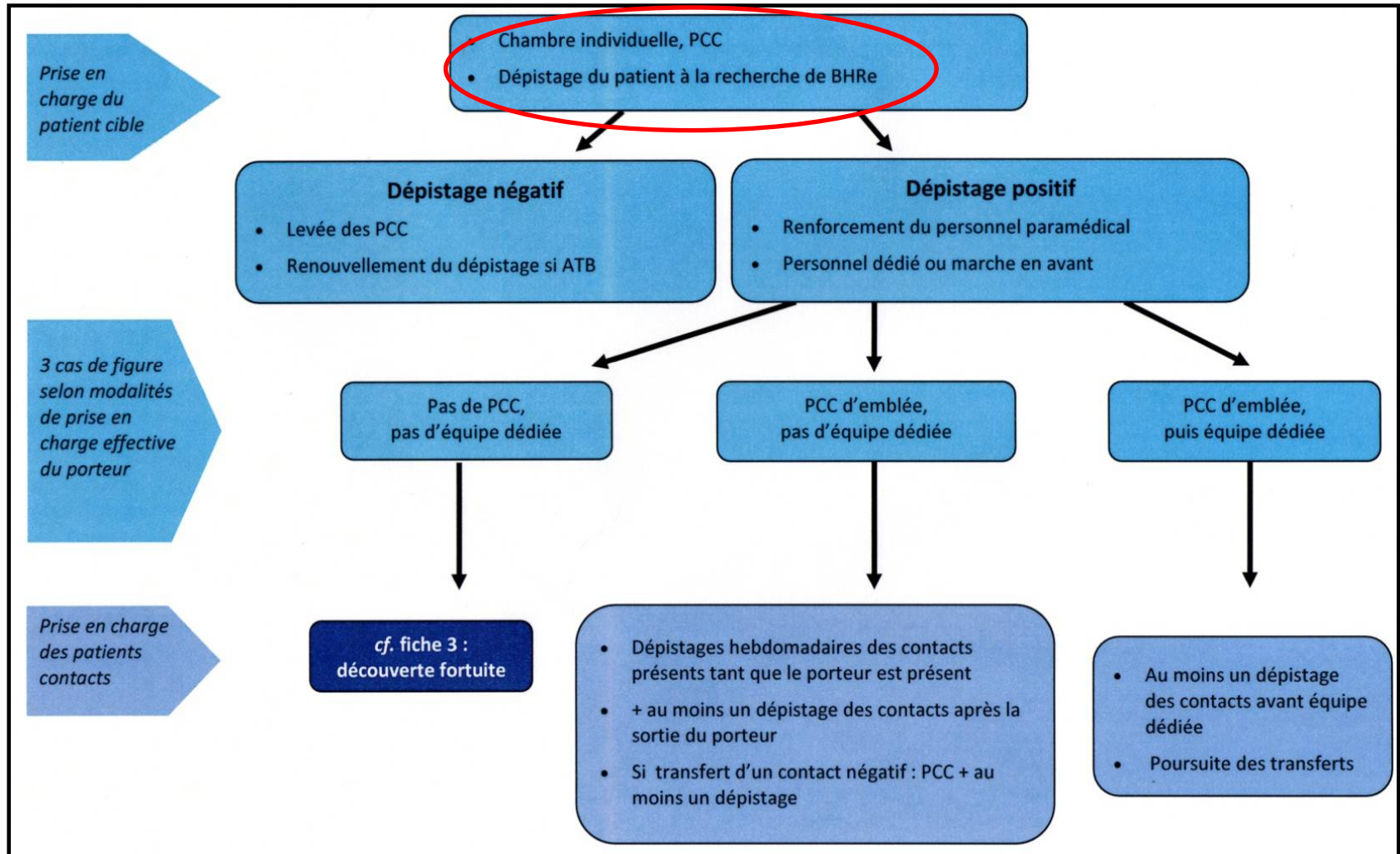
- Accueil SAU et interrogatoire (notion de voyage)
- BMR et voyages n'est pas synonyme de tropiques
- L'accueil des rapatriés est mal connu (60 % des ETS)
- L'hospitalisation dans les Balkans est un facteur de risque de colonisation par une BMR.
- *Pseudomonas aeruginosa* est concernée par cette émergence

**Question 2 :**

**Quelle est votre conduite à tenir immédiate ?**

**Liste des actions**

# Prise en charge d'un patient hospitalisé à l'étranger dans les 12 mois précédents



# Recommandations actuelles

## Recommandation 1

Il est recommandé au personnel prenant en charge un patient concerné par ces mesures :

- 1) d'identifier cette situation,
- 2) de notifier cette information dans le système d'information hospitalier et le dossier médical,
- 3) de s'assurer que l'information a été transmise à l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement.

R2 Informer le patient rapatrié de la situation

R3 Mise en place d'un signalement des patients venant de l'étranger à l'EOH

R4 Dépister (écouvillon ou coproculture)

R5 Mise en place de précautions complémentaires contact

R7 Signalement externe CCLIN et ARS

**Question 3 :**

**Quels sont les facteurs expliquant la mise en évidence de cette « Bactérie résistante » chez cette patiente ?**



## Question 4 :

Quelle attitude adoptez vous vis-à-vis des patients du lit porte ?

Quel est selon vous le niveau de risque de diffusion ?

### Définition opérationnelle des patients « contact »

Sont considérés comme patients « contact » tous les patients exposés à un cas, c'est-à-dire tous les patients pris en charge en hospitalisation (hors consultation\*) par la même équipe soignante qu'un cas (quels que soient les postes de travail considérés [jour ou nuit], de soignants paramédicaux et/ou médicaux dès lors que des contacts physiques ont pu être générés lors de cette prise en charge).

Ceci concerne l'hospitalisation en cours ou les hospitalisations précédentes dès lors que l'exposition à un patient « cas » s'est produite.

*\* Pour les séances de soins sans hospitalisation complète le choix sera fonction de l'évaluation du risque selon les critères ci-dessous, évaluation portée par l'EOH, éventuellement avec l'appui du réseau CClin-Arlin »*

### Fiche 3. Découverte fortuite d'une BHRé en cours d'hospitalisation

Prise en charge du porteur de BHRé

- Chambre individuelle, PCC
- Renforcement du personnel paramédical
- Personnel dédié si impossible marche en avant

Prise en charge des patients contact

- Arrêt des transferts du porteur et des contacts
- Identifier contacts, présents dans l'unité + déjà transférés
- PCC pour les contacts déjà transférés
- Dépistages hebdomadaires des contacts, répétés au moins 3 fois

A l'issue des 3 dépistages

Dépistages négatifs

Dépistages positifs  
cf. fiche 4 : contrôle d'une épidémie

Selon modalités de prise en charge effective du porteur

PCC, pas d'équipe dédiée

PCC et équipe dédiée

Prise en charge des patients contact

- Dépistages hebdomadaires des contacts présents tant que le porteur est présent
- + au moins un dépistage des contacts après la sortie du porteur
- Si transfert d'un contact : PCC + au moins un dépistage

- Poursuite des dépistages non obligatoire
- Reprise transfert contacts

**Question 5 :**

**Afin d'éviter cette situation, quelles mesures particulières devaient être mises en place ?**



# Recommandations actuelles



MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DE L'EMPLOI  
ET DE LA SANTÉ

**Haut  
Conseil de la  
Santé  
Publique**

**Maîtrise de la diffusion des bactéries  
multirésistantes aux antibiotiques  
importées en France**  
par des patients rapatriés  
ou ayant des antécédents  
d'hospitalisation  
à l'étranger

Novembre 2010

CIRCULAIRE DGS/DUS/CORRUSS/  
N°2012/188 du 9 mai 2012 relative à  
l'organisation des rapatriements sanitaires  
vers la France de patients porteurs de  
maladies transmissibles nécessitant un  
isolement ou de bactéries multi-résistantes  
(BMR).

Mai 2012

CIRCULAIRE N°DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesure de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC)

Date d'application : immédiate

NOR : ETSP1031198C

Classement thématique : Protection sanitaire

Validée par le CNP le 3 décembre 2010 - Visa CNP 2010-284

**Résumé** : Contrôle des cas importés d'EPC.

**Mots-clés** : prévention, bactéries multi résistantes

**Textes de référence** : article 6111-17 du Code de la santé publique, circulaire interministérielle N°DGS/DHOS/DGAS2009/264 du 19 août 2009, circulaire DHOS/E2 - DGS/SD5C N° 21 du 22 janvier 2004, circulaire DHOS/E 2 - DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002

**Textes abrogés** : Aucun

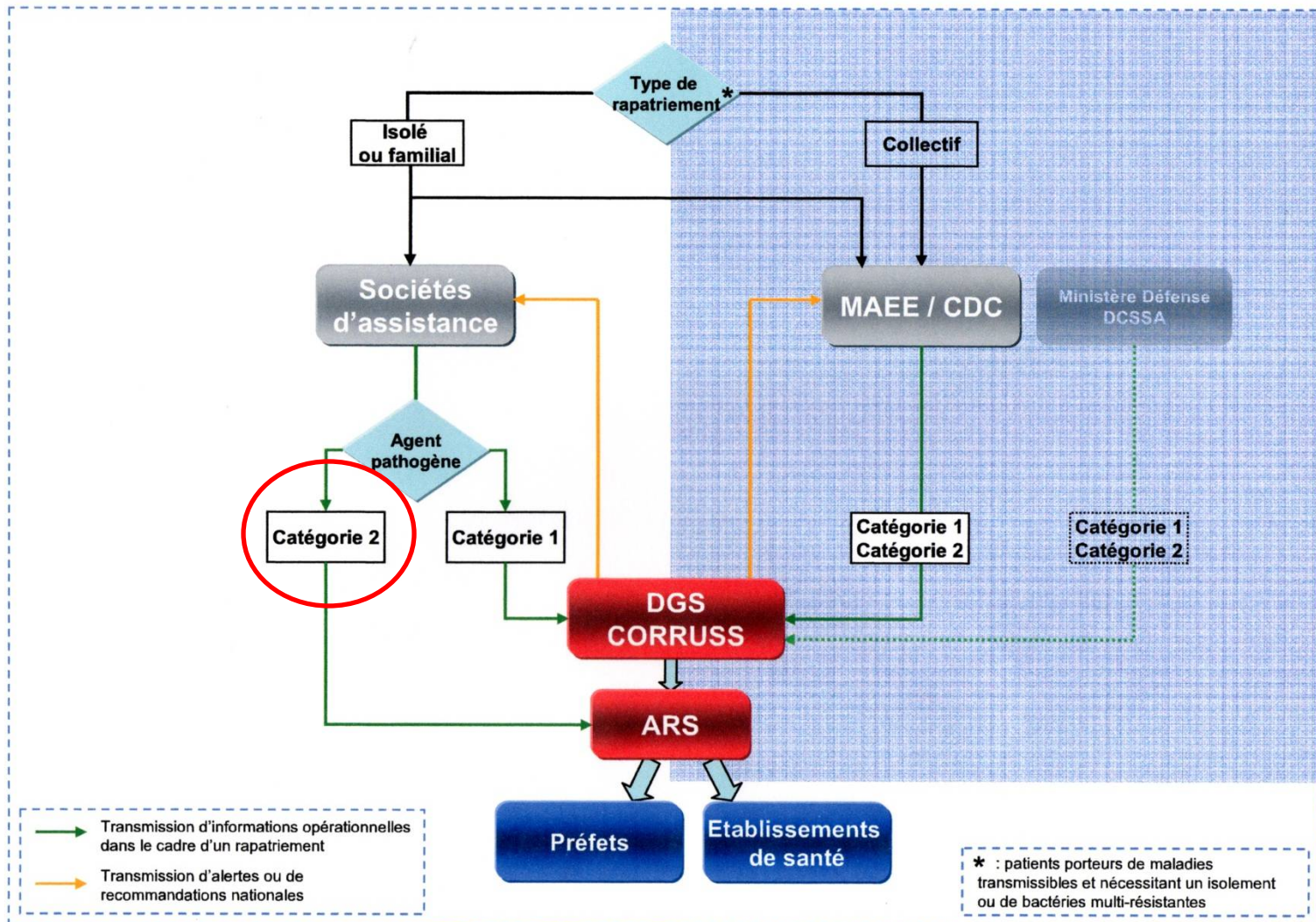
Décembre 2010

**Prévention de la transmission croisée  
des Bactéries  
Hautement Résistantes  
aux antibiotiques  
émergentes  
(BHRé)**

SF2H, juillet 2013

# Rapatriements sanitaires vers la France de patients BMR

Schéma opérationnel du dispositif



CIRCULAIRE DGS/DUS/CORRUS/ N°2012/188 du 9 mai 2012 relative à l'organisation des rapatriements sanitaires vers la France de patients porteurs de maladies transmissibles nécessitant un isolement ou de bactéries multi-résistantes (BMR).

## **Question 6 :**

**Quels sont les principes de la prévention de l'émergence des BMR dans les pays à revenus limités ?**

# REPONSES en amont

Les interventions possibles ...

Laboratoire  
Surveillance  
Bon usage  
Réglementation  
Lutte contre la contre façon  
Recherche  
Formation  
Lutte contre les Infections  
associées aux soins



Les cibles ...

Patients  
Prescripteurs  
Industrie  
Politiques  
Agro-alimentaire